

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1921. — N° 242

DE L'HYSTÉROPEXIE
combinée à
LA COLOPEXIE LIGAMENTAIRE

dans le
Traitement de Certains Prolapsus Rectaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. LUCIEN SAUGUES

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 février 1891, à La Chaise-Dieu (Haute-Loire).



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1921

DE L'HYSTÉROPÉXIE
combinée à
LA COLOPÉXIE LIGAMENTAIRE
dans le
Traitement de Certains Prolapsus Rectaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1921. — N° 242

DE L'HYSTÉROPEXIE
combinée à
LA COLOPEXIE LIGAMENTAIRE

dans le
Traitement de Certains Prolapsus Rectaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. LUCIEN SAUGUES

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 février 1891, à La Chaise-Dieu (Haute-Loire).



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
	BÉRARD,
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J)
Clinique neurologique et psychiatrique	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	ROCHET.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	NOVE-JOSSERAND.
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ.
Chimie biologique	MOREL.
Chimie organique et toxicologie	MOREAU.
Matière médicale et Botanique	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET.
Anatomie	POLICARD.
Anatomie générale et Histologie	DOYON.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne	MOURIQUAND.
Pathologie et Thérapeutique générales	PAVIOT.
Anatomie pathologique	VILLARD.
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée	ETIENNE MARTIN.
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC.
Thérapeutique	FLORENCE (A.)
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Accouchements.	COMMANDEUR.
— Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN.	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY.	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT.	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien.	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE.	COTTE.	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; VILLARD, assesseur ;

MM. PATEL et MURARD, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

Hommage de ma reconnaissance infinie
pour toute une vie de dévouement et
d'abnégation.

A MA SŒUR,

A qui m'attachent tant de joyeux
souvenirs, de tendresse et de
soleil.

A MON BEAU-FRÈRE,

Le Docteur A. Massardier
Chevalier de la Légion d'Honneur

Comme marque d'une véritable
affection fraternelle.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur L. Tixier
Professeur de Clinique Chirurgicale
A la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui en acceptant de présider mon jury,
m'a donné une preuve de plus de la
sympathie qu'il m'a toujours témoignée,
durant le semestre que j'ai passé
comme interne dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
et à qui je suis heureux de dire toute
la gratitude que je lui garde, pour
l'intérêt qu'il m'a toujours porté.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX,

Docteur ALBERTIN, chirurgien des hôpitaux.

Docteur M. DURAND, chirurgien des hôpitaux.

Docteur PÉHU, médecin des hôpitaux.

Docteur VIGNARD, chirurgien de la Charité.

Docteur CADE, médecin des hôpitaux, professeur
agréé.

Docteur COMMANDEUR, professeur agréé, accou-
cheur des hôpitaux.

Professeur TIXIER.

Docteur PATEL, professeur agréé, chirurgien des
hôpitaux.

Docteur GAYET, professeur agréé, chirurgien des
hôpitaux.

Professeur POLLOSSON.

Docteur DESGOUTTES, chirurgien des hôpitaux.

INTRODUCTION

La cure chirurgicale du prolapsus rectal est d'ordinaire une entreprise ardue, qui a depuis longtemps exercé la sagacité des opérateurs : il n'est pas en effet d'affection chirurgicale pour laquelle un aussi grand nombre de procédés ont été employés : disons tout de suite qu'ils sont de valeur très inégale : les seuls qui méritent d'être retenus appartiennent à deux méthodes essentiellement différentes, visant : l'une à l'ablation du prolapsus, l'autre à la réduction avec maintien par des moyens appropriés : de ces divers moyens la colopexie semble avoir rallié tous les suffrages et l'opération de Quenu et Duval est celle à laquelle on a recouru désormais dans tout traitement du prolapsus caractérisé par une chute totale du Rectum, et du gros intestin, celui que Cruveilhier, puis Ludloff désignaient du terme parfaitement expressif de « coli invaginati ».

Il nous a été donné durant le semestre que nous avons passé comme interne dans le service du Dr Patel, d'y voir apporté chez la femme une modification de technique, qui nous a paru extrêmement intéressante et c'est elle que nous nous proposons de justifier et de décrire dans ce travail.

HISTORIQUE

Le traitement du prolapsus du rectum, bien que très ancien, a passé par une série de phases dont on ne saurait trop retracer les saillants, car, comme le dit fort judicieusement Broca « cette infirmité qu'on a dit longtemps être l'opprobre de la chirurgie est loin d'en être devenue la merveille ».

Déjà en 1849, Cruveilhier dans son « Anatomie pathologique » écrivait : « Je crois qu'il serait difficile, d'imaginer une méthode, un procédé qui n'est pas été tenté ! : et c'était l'ère de l'infection ! la résection par Sabatier et Cooper, la colopexie par Büniger et Pockel, les opérations périnéales par Dieffenbach, Roux et Robert, ne furent en effet que des essais malheureux : les seuls procédés couramment employés, consistaient en ligature, section à l'écraseur, et cautérisation.

Avec la disparition des grandes infections septiques, et sous le couvert d'une désinfection d'abord bien relative du rectum, on voit naître les opérations nouvelles : Weinlechner réglait le procédé de la ligature élastique, qui sans aucun doute, constituait un progrès appréciable sur les anciennes ligatures simples de Coppeland, Howship et autres : en 1882, Auffret tentait la résection d'une invagination

prolabée à travers l'anus. Mikulicz l'année suivante exécutait avec succès cette opération et en donnait une technique qui est encore aujourd'hui la plus sûre : Billroth, Nicoladoni ne tardèrent pas à l'imiter

Avec Duret en 1887, apparaît la rectopérinéorrhaphie postérieure et Lange publie dans la « New-York Surgical Society », un succès obtenu par le plissement transversal du rectum ; Mais c'est seulement en 1889 surtout qu'apparaissent en France des méthodes nouvelles et vraiment systématiques : Jeannel fait sa première colopexie avec ouverture de l'intestin. Verneuil s'en fait le défenseur à l'Académie de Médecine : quelques années plus tard après l'avoir réalisée sans ouverture de l'intestin, il l'abandonne pour la rectopexie, que Gérard Marchand devait perfectionner l'année suivante : Segond décrit une nouvelle technique de la résection, qu'adopte Péan, dont les résultats sont rapportés dans la thèse de son élève Menne : M. Schwartz enfin, au Congrès de la Chirurgie proposé la rectopérineorrhaphie antérieure, et la thèse de Lyot, en 1890, fait un exposé original de ces méthodes.

Ici se place une certaine accalmie dans cette production intensive de procédés nouveaux : ce n'est que vers 1891 que Roberts fait ce qu'il appelle la protectomie postérieure, qui combine une périneorrhaphie postérieure au rétrécissement de l'ampoule rectale : Thiersch au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Halle (1891), propose son procédé de rétrécissement de l'anus par un fil d'argent

passé autour de cet orifice : En Amérique, la colopexie est très en faveur et Bryant en réunit 29 cas. L'Allemagne fournit trois mémoires intéressants ; dans la « Deutsche Zeitschrift für Chirurgie » de 1889, Carle Francke expose le procédé de rectopexie de son maître König avec 6 observations ; au xxviii^e congrès allemand de chirurgie, Ludloff, élève de Von Eiselsberg apporte une théorie pathogénique nouvelle du prolapsus rectal et la développe l'année suivante dans les « Archives de Langenbeck », en s'appuyant sur 96 observations déjà publiées et sur 11 observations inédites ; enfin dans la « Deutsche Zeitschrift für Chirurgie » de 1900, J. Bahes publie un exposé très complet de divers procédés de traitement et 15 cas opérés par des méthodes diverses à Vienne, à la Clinique d'Albert.

En France, la question du prolapsus rectal revient à plusieurs reprises en discussion à la Société de Chirurgie en 1900 et 1901 ; la théorie de Ludloff et des opérations de rectopexie, y trouvent en Gérard Marchant un défenseur acharné, tandis que Delorme expose la technique détaillée d'une méthode nouvelle, l'excision de la muqueuse dans les prolapsus complets. En 1900, à Moscou, Napalkoff imagine un procédé nouveau de réfection du plancher pelvien ; en 1902, Lenormant dans sa thèse reprend les données pathogéniques un peu éparses et confuses pour les grouper et en déduire les indications opératoires logiques : en 1910, Quenu et Duval expose dans la Revue de Chirurgie une technique détaillée de la colopexie, à laquelle si l'on en juge les discus-

sious récentes (1911-1913), de la Société de Chirurgie de Paris, les opérateurs semblent s'être définitivement ralliés.

CHAPITRE I

EXPOSE ET CRITIQUE DES METHODES DE TRAITEMENT

Comme la colopexie, et, les modifications qui y ont été apportées, ne sont que le résultat de l'évolution naturelle de la thérapeutique vers une solution plus conforme à la fois aux données pathogéniques et aux faits cliniques il est intéressant de voir comment elle a varié avec les auteurs.

Dans une première phase de la chirurgie du prolapsus rectal, les chirurgiens ne voyant que « l'infirmité » se sont efforcés d'y parer de leur mieux, recourant soit à des moyens héroïques, soit à des moyens palliatifs.

A) *Méthodes Curatives.*

Parmi les premières, c'est à l'ablation qu'on a eu recours, ablation réalisée d'ailleurs de façon fort diverse, soit à l'instrument tranchant, soit par l'un des procédés de la méthode non sanglante : cautérisation, écrasement, ligature.

1) *Ligature d'Allingham* même avec l'heureuse

modification de Klébeng qui met en cas d'hédrocèle, l'intestin à l'abri, n'a plus qu'un intérêt historique.

II) Résection totale de Nikuliez.

1^{er} Temps. Excision de la moitié antérieure du Rectum.

Le malade étant dans la position de la taille, le boudin prolapsé, est fixé à l'aide de deux pinces où de deux fils ; on sectionne transversalement d'abord le cylindre externe dans sa moitié antérieure, à 1 ou 2 centimètres de rebord cutané ; cette incision doit être faite couche par couche : les vaisseaux qui donnent doivent être saisis avec des pinces s'ils ont quelque importance ; il est généralement inutile de les lier, car les sutures suffiront à assurer l'hémotase,

Le cylindre externe sectionné, on cherche immédiatement si dans l'intervalle qui le sépare de l'interne existe ou non un cul-de-sac péritonéal — ce qui est la règle dans le prolapsus rectal — et l'on s'assure que ce cul-de-sac ne renferme pas une anse intestinale (hédrocèle). En cas d'hédrocèle on réduit l'anse avec soin — il faut quelquefois distendre ou inciser le sphincter contracturé qui met obstacle à la réduction — puis le cul-de-sac péritonéal est immédiatement fermé par un surjet.

On peut alors couper transversalement couche par couche la moitié antérieure du cylindre interne, puis réunir par la suture les lèvres des deux cylindres. Les fils doivent traverser la totalité des tuniques, de façon à être à la fois occlusifs et hémosta-

tiques : les chefs laissés longs, vont servir à maintenir le rectum pendant le reste de l'opération ; en raison de la différence de volume — fréquente dans les prolapsus anciens — entre les deux cylindres on devra placer les sutures de façon à plisser le cylindre externe plus large.

2^e Temps. Excision de la moitié postérieure du rectum prolabé.

La moitié postérieure du rectum est traitée de la même façon que la moitié antérieure. On ne trouve pas en ce point de cul-de-sac péritonéal ; mais le mèsorectum qui sépare les deux cylindres doit être sectionné progressivement, de façon à pincer au fur et à mesure les vaisseaux blessés.

Modification de Ch. Nélaton-Segond.

On place sur la ligne médiane en avant et en arrière, ou bien de chaque côté du boudin prolabé, deux pinces à longs mors, entre lesquelles on sectionne toute l'épaisseur de ce boudin. Celui-ci est ainsi partagé en deux valves latérales, ou antérieure ou postérieure : On divise ensuite transversalement chacune de ces valves, centimètre par centimètre, en suturant à mesure la muqueuse à la peau, soit après application à leur base d'une longue pince à mors parallèles, soit sans pincement préalables.

Ce procédé est élégant et rapide et met à l'abri de toute hémorragie, mais il expose à la lésion des anses intestinales qui ont pu s'engager dans le cul-de-sac péritonéal antérieur.

III. *Excision totale de la muqueuse.* (PROCÉDÉ DELORME-JUVARA .

L'opération conçue presque en même temps, à l'insu l'un de l'autre par Delorme, à Paris, et par Juvara, à Bucarest, consiste dans la dissection attentive et la résection de toute la muqueuse qui revêt les parties prolabées : la tranche de section, qui est située en partie saine, est ensuite unie à la peau : il importe que ces sutures tiennent pour que la muqueuse rectale conservée ne puisse fuir et remonter ; Pour mieux parer à ce danger, des sutures de soutien sont ajoutées à la suture marginale. Voici d'ailleurs en détail les principaux temps de cette intervention.

1^{er} Temps. Dissection et résection de la muqueuse.

Deux incisions demi-circulaires postérieure, et antérieure, à l'union de la peau et de la muqueuse circonscrivent le prolapsus à sa base. La muqueuse ayant été repérée avec des pinces, on la décolle circulairement dans une faible étendue avec le bistouri, ou plutôt avec un instrument moussé — le bec d'une sonde cannelée, la pointe des ciseaux moussés, l'ongle du pouce et de l'index — et l'on arrive bientôt à découvrir la surface extérieure et le bord libre du sphincter externe, dont la conservation intégrale est indispensable : le dégagement de la muqueuse est poursuivie de proche en proche sur toute la face externe du prolapsus, puis sur sa face interne à une hauteur variable et — dans les prolapsus avec imagination — jusqu'au fond du sillon qui sépare le

cylindre invaginant du cylindre invaginé ; il est rare que cette séparation puisse se faire d'une seule pièce. C'est par des lambeaux plus ou moins étendus et disséqués de haut en bas ou — ce qui est souvent plus commode — de bas en haut que la muqueuse est progressivement détachée et excisée. On s'arrête lorsque celle-ci jusqu'à là rouge, épaisse, friable, change d'aspect devient presque blanche, exsangue, moins épaisse et plus résistante. On constate en même temps que le manchon muqueux dissèque, tend à remonter quand on le lâche, où qu'il ne pourrait être attiré sans effort : on doit alors procéder à l'excision circulaire définitive et à la suture.

2^e Temps, Sutures :

Elles sont de deux ordres : sutures de soutien et sutures marginales ou d'affrontement.

a) Sutures de soutien.

Elles sont placées avant la section circulaire définitive du manchon et ont pour but de s'opposer à l'ascension de la muqueuse rectale : à cet effet un peu au-dessus du point où portera la section, à travers une fente de 4 à 5 centimètres de long pratiquée sur la paroi antérieure du manchon muqueux, on passe de dehors en dedans, puis de dedans en dehors quatre fils de soie (N° 4) en U qui unissent — en haut en bas, et, à droite et à gauche, la muqueuse à la peau anale (à quelque distance du bord de section de celle-ci). Les nœuds de ces quatre sutures cardinales — analogues à celles que l'on place lors de l'ablation d'hémorroïdes par le procédé de

Withehead — sont en dehors pour faciliter leur ablation : Il n'est même pas inutile d'ajouter à ces premiers fils de soutien une suture musculo-musculaire pour avoir une garantie de plus contre la fuite de la muqueuse rectale — cette suture consiste en quatre fils perdus, passés transversalement et successivement aux quatre points cardinaux du manchon rectal dans l'épaisseur de la couche musculaire intestinale réunissant par des anses les fibres annulaires de ce manchon aux fibres les plus internes du sphincter externe.

b) *Sutures d'affrontement.*

Les fils de soutien placés, et serrés, le manchon muqueux est coupé circulairement et la tranche de section suturée à la peau.

b) Méthodes Palliatives.

Cette chirurgie de « Coupe tout ce qui dépasse », (ott — Rev. Méd. de Normandie) devait conduire à des désastres, et provoquer un recul vers les moyens palliatifs : C'est ainsi que furent successivement essayés ;

a) *Injection d'alcool* (Roux) consistant à provoquer par des incisions radiaires d'alcool autour du rectum, la formation d'un anneau cicatriciel qui s'opposerait à la reproduction du prolapsus.

b) *Cautérisation ignée.*

A l'aide du thermocautère on trace à la surface du cylindre prolabé quatre à six raies de feu longitudinale équidistantes allant du rebord cutané

jusqu'au sommet du bourrelet muqueux : la raie de feu doit être assez profonde pour détruire la muqueuse dans toute son épaisseur et ne pas dépasser un centimètre de large : le prolapsus est ensuite réduit et la constipation maintenue pendant huit jours.

c) *Cerclage* (THIERSCH).

A l'aide de l'aiguille d'Emmet, un fil d'argent est passé en profondeur dans la région péri-anale et après l'avoir complètement enfoui, on le sert modérément sur l'index, de façon à créer un véritable sphincter artificiel.

Tels sont les procédés que dans cette phase de la chirurgie du prolapsus rectal que l'on pourrait qualifier de « symptomatique » sollicitèrent la faveur des chirurgiens ; on ne devait pas tarder à s'apercevoir de leur infériorité thérapeutique, et c'est vers la recherche des causes vraies de l'affection que s'orienta l'attention afin d'en faire découler un traitement logique.

c) **Procédés plastiques.**

Soit que l'origine du prolapsus fut rapportée soit à une déficience des organes de soutènement, soit à une diminution des moyens de suspension on imagina diverses méthodes.

1) *Procédés visant à la reconstitution du plancher pelvien.*

a) Périnéorraphie avec excision de lambeaux muqueux (DURET).

1^{er} Temps. Excision de lambeaux elliptiques sur les faces antérieure et postérieure du prolapsus et de lambeaux cutanés opposés aux précédents.

La masse prolabée est d'abord fixée par deux pinces de Kocher implantées à son extrémité inférieure de chaque côté de l'orifice intestinal.

a) Excision du lambeau muqueux postérieur.

Sur la face postérieure du rectum on circonscrit au bistouri, par deux incisions courbes faites suivant l'axe du rectum un lambeau elliptique comprenant la muqueuse seule. La pointe inférieure de l'ellipse commence près de l'orifice du boudin intestinal : La plus grande largeur du lambeau correspond à la partie la plus élargie du prolapsus, c'est-à-dire à la région moyenne : elle peut mesurer 5 centimètres et même davantage. A leur partie supérieure, au voisinage de l'anus, les deux incisions courbes qui dessinent l'ellipse ne se rejoignent pas ; elles restent distantes de 2 à 3 centimètres : Lorsque la partie la plus large du prolapsus correspond à l'anus, le lambeau est triangulaire au lieu d'être elliptique.

Le lambeau ainsi circonscrit est disséqué avec une pince à griffes, on saisit sa pointe inférieure et, à petits coups de bistouri d'abord, puis plus largement, on la sépare du tissu cellulaire sous-jacent ; on continue la dissection en haut jusqu'à la peau.

Pendant cette manœuvre on place des pinces a forcé pressure sur les artères souvent très volumineuses que l'on rencontre ; on remplace ensuite les pinces par des ligatures si l'on craint que la suture ne soit pas suffisamment hémostatique.

b) *Excision du lambeau cutané postérieur.*

Ce lambeau est triangulaire ; son sommet répond à la face postérieure du coccyx sur lequel il remonte un peu. Sa base est plus ou moins large selon le degré de coarctation périnéale que l'on peut obtenir.

c) *Excision des lambeaux muqueux et cutané antérieurs.*

On excise en avant sur la face antérieure du prolapsus et sur la peau deux lambeaux semblables aux précédents, mais un peu moins étendus.

2^e Temps. *Suture des plaies rectales.*

La suture de chacune des plaies créées au niveau de la muqueuse rectale se fait au catgut en un seul plan, ou mieux en deux plans superposés, soit en surjet, soit à points séparés. On réduit alors le prolapsus : mais souvent cette réduction s'est effectuée spontanément au fur et à mesure de la striction des fils.

3^e Temps. *Suture des plaies périnéales.*

Les plaies périnéales antérieure et postérieure sont réunies par des points profonds et superficiels, comme dans une périnéorrhaphie.

b) Périnéorrhaphie antérieure avec plicature du Rectum et de l'Anus.

1^e Temps. Incision de la peau et du raphé pré-rectal avec décollement du Rectum.

S'opère exactement comme dans le 1^{er} temps d'une prostatectomie périnéale (V, Proust : Manuel des Prosecteurs) en ayant soin d'aller jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

2^e Temps. Plicaturé et myorrhaphie des releveurs de l'Anus.

La plicature s'effectue transversalement et à points faufileés sous-muqueux très rapprochés.

3^e Temps. Suture des plans superficiels.

Réalisée par des points profonds au catgut, et des points cutanés au crin.

Les insuccès multiples de ces méthodes devaient faire mettre en doute l'idée pathogénique qui est à leur base, à savoir le relachement de l'appareil de soutènement. En effet :

a) le prolapsus rectal s'observe chez l'homme où le périnée n'est pourtant jamais insuffisant.

b) Chez tant de femmes qui ont un périnée effondré, alors que le prolapsus génital est la règle, la chute du rectum est l'exception » Quénu.

Aussi est-ce vers une autre donnée pathogénique que s'oriente le problème thérapeutique : le rectum descend parce que ses moyens de suspension faiblissent d'où la nécessité d'y remédier en le fixant, soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte.

2) *Procédés visant à la reconstruction des organes de soutien.*

I) Suspension directe. — Recto-coccytérie (G. MARCHANT).

L'opération de G. Marchant est un perfectionnement de celle de Verneuil en ce qu'elle fixe le rectum au coccyx, et y ajoute un plissement transversal et longitudinal.

1^{er} Temps. Incision cutanée.

Quand le raphé ano-coccygien a conservé sa forme et sa résistance, l'incision cutanée est unique et médiane : elle commence à 2 ou 3 centimètres en arrière de l'anus, découvre le sphincter externe sans l'intéresser et se termine à peu près au niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

Quand il existe un relâchement de la peau ano-coccygienne, on en resèque une portion à l'aide de deux incisions légèrement courbes se regardant par leur concavité et limitant un lambeau elliptique qui est disséqué et immédiatement enlevé.

Pour maintenir la brèche béante et ne pas être gêné par les écarteurs, on passe un fil à travers chaque bord de l'incision dans sa partie moyenne et on le confie à un aide.

2^e Temps. Découverte du Rectum et Libération pre-coccygienne.

A l'aide des deux index, et, au besoin à l'aide d'une spatule mousse, on dénude la paroi postérieure du rectum ; lorsque celle-ci apparaît, blanchâtre, sur

une étendue suffisante, on procède au dépouillement de la face antérieure du coccyx avec les doigts, la rugine et les ciseaux que l'on dirige prudemment, leur pointe affleurant toujours le coccyx ; il est commode de reséquer l'extrémité de celui-ci pour augmenter l'étendue du champ opératoire.

3^e Temps. Plicature transversale et longitudinale du Rectum.

Pour bien exécuter ce temps opératoire, il est utile sinon indispensable, d'introduire l'index gauche coiffé d'un protecteur, dans le conduit ano-rectal la face palmaire du doigt regardant en arrière : Lorsque le 3^e et le 4^e temps seront terminés, l'index retiré du rectum sera soigneusement désinfecté.

On passe longitudinalement dans l'épaisseur de la paroi rectale, avec une aiguille de Reverdin courbe, une série de fils de soie ou de catgut moyen étagés les uns au-dessus des autres. L'aiguille pique la tunique celluleuse sur l'une des parties latérales du rectum ; le plus haut possible au-dessus même du coccyx — le doigt rectal entraînant en bas la partie postérieure de l'intestin prolabé : la pointe cheminé verticalement dans la paroi sans intéresser la muqueuse pour ressortir à 1 ou 2 centimètres et demi plus bas dans ce même plan vertical.

Un second étage de sutures est placé au-dessous du premier. Suivant la flaccidité du rectum, on multiplie ces étages en nombre suffisant de façon à effacer tout le « bombement » de la paroi postérieure.

Tous les fils étant placés, on les noue successivement, pendant qu'un aide repousse avec l'extrémité d'une sonde cannelée la paroi rectale en dedans, pour bien adosser les parties. On a ainsi réalisé le plissement transversal en « lanterne vénitienne »,

Pour obtenir la plicature longitudinale les chefs des anses nouées sont à chaque étage unis l'un à l'autre, ce qui détermine un nouveau plissement de la paroi rectale, perpendiculaire au premier. Cette manœuvre a de plus pour résultat de rendre accessibles les faces latérales de l'ampoule et de faciliter la mise en bonne place des fils fixateurs ou suspenseurs dont il nous a parler.

4^e Temps. Fixation du Rectum au coccyx et au sacrum.

Un premier fil supérieur, est fauflé dans l'épaisseur de la paroi rectale, loin en arrière sur les côtés de l'ampoule. Ses deux chefs traversent d'autre part le tissu fibreux précoccygien et le bord inférieur des grands ligaments sacro-sciatiques, et cela le plus haut possible, de façon à laisser de la place pour les suivants qui doivent être amarrés au-dessous d'eux. Ces nouveaux fils embrassent d'autre part, des parties de plus en plus basses de la paroi rectale.

On noue alors ensemble les deux fils supérieurs, puis les suivants : On voit alors le rectum s'élever et venir prendre place en avant du coccyx auquel il doit s'adosser lorsque la striction sera complète ;

celle-ci doit être opérée avec ménagement, de façon à ne pas déchirer les tuniques rectales.

5^e Temps. Rétrécissement de l'orifice anal (anoplastre).

On rétrécit l'anus à l'aide d'une suture en bourse qui embrasse, suivant les besoins, la moitié ou le quart postérieure de l'orifice anal, le fil passant dans l'épaisseur du sphincter sans intéresser la muqueuse.

6^e Temps. Fermeture de la plaie.

A l'aide de sutures perdues au catgut on adosse, si l'on en reconnaît l'utilité les parties profondes de la plaie ; puis on réunit au crin les lèvres de l'incision cutanée — il est prudent de placer un petit drain immédiatement au-dessous du coccyx, qui constitue le point le plus déclivé dans le décubitus dorsal.

II) Suspension indirecte — Colopexie (JEANNEL).

Frappé de l'insuccès de la rectopexie Jeannel, à juste titre, pensa que le rectum n'étant que la portion terminale fixe d'un segment d'intestin essentiellement mobile, imagina de fixer à la paroi l'anse sigmoïde en entier, réalisant ainsi une suspension indirecte, résistante de l'organe sous-jacent et combattant efficacement son prolapsus.

1^{er} Temps. Laparotomie.

L'incision la meilleure est celle de la colostomie iliaque.

2^e Temps. Recherche du colon.

Dans les prolapsus invétérés, il a fréquemment émigré et c'est alors au niveau de l'articulation sacro-iliaque qu'on le découvre.

Si l'on éprouve quelque peine à le trouver, on charge un aide de faire pénétrer très haut dans la lumière du prolapsus, autant que possible sans le réduire, soit une grosse sonde métallique, soit la main ; le colon peut aussi être présenté dans la plaie à l'opérateur. Sinon celui-ci introduit dans la main, dans le ventre et sent aisément celle de l'aide où la sonde.

3^e Temps. Réduction du Prolapsus.

La sonde où la main ont été retirées. On saisit le colon, on l'amène dans la plaie et on le dévide de bas en haut, comme s'il s'agissait de rechercher un obstacle dans un cas d'obstruction de l'intestin. Pendant ce temps un aide placé entre les cuisses écartées voit le prolapsus se réduire. Lorsque celui ci a disparu, on tire ferme sur le colon de bas en haut, de manière à exagérer la réduction.

4^e Temps. Fixation du colon.

On fixe le colon sur une large surface et par des points non perforants à la face profonde (péritoine pariétal et couche musculaire profonde) des lèvres de la plaie abdominale.

5^e Temps. Suture de la plaie abdominale.

La suture de la plaie abdominale s'effectue en 3 plans séparés

Telles sont exposées rapidement les différentes conceptions de la thérapeutique chirurgicale du prolapsus rectal; nous verrons dans le chapitre suivant la part qu'il convient de faire à leur valeur respective et l'orientation qu'elle donne à la recherche d'une cure radicale de l'affection.

CHAPITRE II

PATHOGENIE ET DEDUCTIONS OPERATOIRES

Du long exposé des méthodes de traitement du prolapsus rectal se dégage un fait essentiel : n'ont donné de résultats que les procédés s'inspirant de la vraie cause de l'affection et s'efforçant d'y remédier.

C'est pourquoi il importe de faire la lumière aussi complète que possible sur sa pathogénie : le procédé Quénu et Duval comme la modification que nous nous proposons d'y apporter en apparaîtront dès lors, comme des déductions strictement logique.

L'étude de cette pathogénie doit se baser normalement sur la connaissance de deux ordres de faits : *le mode de fixation du rectum* : les lésions anatomiques précises qu'on observe chez les individus atteints de prolapsus rectal ; nous exposerions d'abord rapidement les premières théoriques par excellence nous réservant de revenir sur les seconds d'application plus pratique.

Moyens de fixité normale du Rectum

Pour Jonnesco, le rectum traversant le plancher pelvien pour venir déboucher à l'anūs, et de ce fait divisé en 2 portions : une portion sus-jacente intra-pelviennē ayant tous les caractères d'une anse intestinale, se dilatant pour constituer l'ampoule : une portion sous-jacente le canal anal, logé dans l'épaisseur du périnée, ces deux portions ont leur statique indépendante : la portion haute doit sa fixité.

a) A sa « *gaine fibro séreuse* », qui n'est autre que les connexions que sa celluleuse contracte avec le pēritoine d'une part, qui revêt une partie de sa face antérieure et de ses faces latérales, et avec l'aponévrose pelviennē qui se réfléchit à la partie basse de l'ampoule, pour remonter le long de sa face postérieure, qu'elle tapisse entièrement, et de ses faces antérieure et latérale quelle revêt jusqu'aux limites du cul-de-sac pēritonéal.

b) Aux « *Vaisseaux hémorroïdaux moyens et inférieurs* » qui entourés d'expansions fibreuses, fortes et résistantes, émanées des aponévroses pelviennē et obturatrice abordent les flancs de l'intestin et limitent ses déplacements latéraux.

c) Aux connexions directes ou indirectes qu'elle contracte avec la face postérieure de l'utérus (ligament utéro-sacrés) avec le ligament large (cul-de-sac de Douglas) et surtout avec le colon sigmoïde dont elle n'est que la continuation directe et aux variations morphologiques duquel sa fortune est liée.

La portion basse, ou périnéale, ne reconnaît d'au-

tres moyens de fixité que le « diaphragme pelvien » auquel il est intimement adhérent diaphragme pelvien que doit être compris au sens le plus large du mot, la ceinture osseuse dans laquelle se tendent ligaments et muscles.

Telles étaient les données classiques sur la statique rectale, celles auxquelles Jonesco, Quénu et Hartmann s'étaient ralliés, et qui comme on le voit ne reconnaissent d'efficaces que les moyens de soutien.

Cabanié et Raynal sous l'impulsion de leur maître Jeannel entreprirent une série d'expériences desquelles devaient ressortir la nécessité de faire une place sinon égale, mais néanmoins importante aux moyens de suspension. Voici dans leur réalisation et leurs résultats, ces expériences :

Sur un cadavre sain, un bouquet de pinces de mu-seux, amarre une circonférence de muqueuse et une traction solide essaie par ce moyen à réaliser un prolapsus essentiel : on s'aperçoit bientôt qu'on déchire la tunique interne mais qu'aucun prolapsus ne s'amorce : on est dès lors en droit de penser que l'organe vraiment suspenseur sera celui dont la destruction permettra la production du prolapsus, or :

a) La destruction du sphincter par dilatation ou section reste sans résultat.

b) La section du releveur exécutée, le ventre ouvert par la cavité pelvienne ne permet point du tout la descente du rectum.

c) La section du méso-colon seul n'a pas non plus l'influence recherchée.

d) La section du méso-rectum seul, est inefficace.

d) La section du méso-colon étant faite si sur le même sujet on détache le méso-rectum, on peut produire le prolapsus même alors que le sphincter et le releveur ont été respectés.

Ainsi semble, apparaître cette notion quelque peu paradoxale en anatomie, qui consiste à faire des connexions de tout organe pelvien avec les organes voisins leurs moyens de fixité prépondérante.

En réalité, l'extirpation du rectum, par la voie périnéale montre que l'abaissement ne se fait qu'autant que releveurs et pédicules vasculaires ont été sectionnés et il est possible d'extirper la totalité du rectum, sans qu'il soit besoin d'aller sectionner le méso-colon.

Lenormant, d'ailleurs, a repris en 1902 cette étude expérimentale des moyens de fixité et sur 17 sujets examinés à ce point de vue, est arrivé à des conclusions absolument contraires.

Nous mêmes, bien que ne nous plaçant pas tout-à-fait à ce point de vue, avons néanmoins pu faire dans 8 cas, des constatations analogues.

Il résulte donc que même appuyée sur des expériences cadaveriques cette détermination des moyens de fixité est bien problématique ; disons tout de suite qu'elle n'a d'ailleurs, qu'un intérêt tout à fait théorique ; c'est des lésions anatomiques précisées constatées dans les cas de prolapsus rectal que doit découler la compréhension exacte de la pathogénie de l'affection.

B) Lésions anatomiques du prolapsus rectal.

Elles sont de deux ordres : celles qui intéressent le rectum lui-même, celles qu'on trouve dans les parties et organes voisins.

a) Lésions des parois rectales : nous les décrivons brièvement, elles sont classiques et portent sur les trois éléments constitutifs de l'organe :

1° *La muqueuse* est hypertrophiée, avec une augmentation du nombre et du volume des glandes ; parfois, la sous-muqueuse est infiltrée de cellules rondes, traduisant l'inflammation due au traumatisme continu.

2° *La musculuse* présente une hypertrophie constante, s'étendant de l'anus au sphincter supérieur du rectum : c'est-à-dire de la portion qui constitue le cylindre externe d'un prolapsus ordinaire.

3° *La séreuse*, outre les plaques de péritonite plastique qu'elle présente le plus souvent, s'invagine parfois au niveau de la face antérieure du prolapsus, amorçant une hédrocèle, pouvant être de volume variable.

b) Lésions des organes voisins.

Autrement importantes sont les lésions des organes voisins, et c'est de leur constatation que sont nées les considérations pathogéniques qui ont présidé aux procédés opératoires actuellement employés dans le traitement du prolapsus.

L'appréciation exacte de ces lésions a pu être faite, soit par des données d'autopsie, soit par des constatations opératoires.

1^o *Données d'autopsies*, rares puisque dans sa thèse, Lenormant n'en rapporte que trois cas et que les deux cas que Mauclaira a observé durant son prosectorat, n'étaient pas des cas typiques.

La première en date, est celle de Cruveilhier (*Traité d'Anatomie Pathologique*, volume I, p. 553). « Je constatais que la tumeur était formée par l'intestin rectum renverse sur lui-même, une espèce de cul-de-sac demi-circulaire, profond, existait entre la vessie qui était restée en place et le rectum. Le doigt, introduit dans ce cul-de-sac, pouvait être enfoncé jusqu'à la partie inférieure de la tumeur, et certes, il ne répugne nullement d'admettre qu'une masse intestinale ait pu s'engager dans cette vaste poche à parois contigües, qui constitue le cul-de-sac antérieur de l'invagination. Lorsqu'on réduisait le rectum, on voyait que l'anوس était énormément dilaté et pouvait admettre le poing ; ses dimensions étaient en quelque sorte déterminées par celles du détroit inférieur. Lesphincter atrophie à l'état de vestige et constitué par quelques fibres pâles, à peine distinctes du tissu adipeux environnant. L'intestin rectum était sain, ainsi que le péritoine. »

Trélat et Delens, rapportent un cas de Gross dans les termes suivants : « Gross qui a examiné par lui-même une autre préparation, dit avoir trouvé toutes les parties qui forment le plancher du bassin, relachées et atrophiées ; la peau était amincie, plissée ; le tissu cellulaire et graisseux avait en partie disparu ; les fibres du sphincter étaient pâles, allongées et éparpillées. Mais il ne dit

rien de la disposition même des tuniques du rectum et ne signale pas d'invagination réelle ».

Plus intéressante est celle que Duret et Vallin eurent l'occasion de faire chez un vieillard de 60 ans, mort d'une infection urinaire et que Masson rapporte in extenso dans sa thèse. Trois points méritent d'en être retenus :

a) La profondeur inusitée du cul-de-sac recto-vésical. la distance de l'angle sacro-vertébral au fond de ce cul-de-sac, était de 12 à 13 centimètres, au lieu de 5 ou 6 sur un sujet normal ; le doigt, dans ce cul-de-sac, est arrêté en avant du prolapsus au contact du plancher périnéal et n'est plus séparé de la peau que par une épaisseur de 6 à 8 millimètres de tissu, mais il ne pénètre pas dans la masse prolabée, bien qu'il en soit très voisin en avant et un peu sur les côtés ; la disposition de la séreuse sur le rectum, est d'ailleurs normale : Duret et Vallin insistent sur l'existence de deux replis péritonéaux arciformes qui sont les ligaments postérieurs de la vessie beaucoup plus saillants que normalement, et qui simulent très exactement les replis de Douglas chez la femme.

b) Sous le péritoine vers l'angle sacro-vertébral, partent deux trousseaux fibreux larges de 2 à 3 millimètres, croisant les côtés du rectum et allant se perdre dans le tissu cellulo-fibreux de la face interne des épines sciatiques : le releveur de l'an us vu par sa face supérieure présente des fibres facilement reconnaissables ; il a gardé une notable épaisseur, mais s'est allongé et l'infundibulum qu'il forme au-

tour du rectum est plus profond que normalement. Sa partie inférieure disséquée est très amincie, au moment où elle entre-croise ses fibrés avec celle du sphincter, contrastant en cela avec ce muscle qui bien que très dilaté et formé de fibres bien conservées entre-mêlées avec des trainées grasses est resté assez robuste. L'anus très large infundibuliforme, perméable aux cinq doigts de la main disposés en cône, laisse passer quelques plis saillants de la muqueuse.

c) Enfin, la dissection du rectum lui-même montre nettement que toute l'extrémité inférieure du cylindre musculaire formée par la couche longitudinale du rectum a été attirée dans le prolapsus jusqu'à son sommet, par le mécanisme de l'élongation subissant de ce fait une atrophie considérable : au-dessus de l'ampoule au contraire, existait une hypertrophie de la musculature.

Tel est le bilan de nos connaissances sur les lésions anatomiques du rectum prolapsé : comme on le voit c'est peu de choses, et qui plus est c'est une orientation fautive vers la recherche des causes de l'affection, dans une faillite des organes de soutien que l'on sait n'être rarement à l'origine.

2° Constatations opératoires.

Plus éloquentes et suggestives sont les constatations opératoires ; un certain nombre de faits en découlait qu'il faut bien connaître.

a) *Longueur anormale de l'anse sigmoïde.*

Le premier, celui qui a toujours frappé les opérateurs intervenant pour un prolapsus rectal est la

longueur inusitée de l'anse sigmoïde : cette dernière, en effet, occupe dans la fosse iliaque externe et dans le pelvis une situation qui n'est que l'aboutissant d'une évolution plus ou moins complète, et que l'on peut rapporter à deux types ; pour le chirurgien habitué à la physionomie de la cavité pelvienne, il existe comme le fait remarquer Duval dans son rapport au congrès de Chirurgie de 1913, deux variétés de colon sigmoïdien, le colon long et mobile ; le colon court et plaqué dans la moitié gauche du bassin.

« Le premier se trouve au cours de la laparotomie en une position quelconque dans l'abdomen, soit dans la fosse iliaque droite, soit étalé sur les organes pelviens en anse, soit remonté vers l'ombilic, se présentant par la face inférieure de son méso et montrant largement ouverte la fossette sigmoïdienne.

Le second est un organe du petit bassin : on le trouve collé à la face postérieure du ligament large gauche, à peine peut-on le soulever de la paroi pelvienne : il est court, tendu en ligne droite du détroit supérieur au fond du Douglas : il est peu mobile car son méso l'attache de très court à la ceinture pelvienne ».

C'est la première variété qui est de réglé avec le prolapsus rectal, et nous verrons la déduction pathogénique qu'il convient d'en faire.

b) Profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas.

De même que l'arrêt dans l'accolement du colon

sigmoïdien, nous a donné un intestin étoffé, mobile à l'excès, suivant habituel de la descente du rectum, de même, une évolution morphologique arrêtée dans son processus de coalescence aboutit à une profondeur anormale du cul de-sac de Douglas, véritable plan de glissement préparé, au tractus intestinal pelvien.

c) Laxité anormale du ligament large et retroversion utérine.

Rançon de l'âge avancé où s'observe le prolapsus rectal, produit d'une évolution pathologique connexe des anomalies précédentes, la rétroversion utérine constitue la troisième caractéristique de cette phase généralisée du contenu pelvien dont le prolapsus rectal n'est que la manifestation la plus évidente.

En possession de tous ces éléments, des données d'autopsie, des constatations opératoires, quelle interprétation pathogénique donner au prolapsus total de la femme.

c) Théorie qui considère le prolapsus comme se développant de bas en haut.

Faut-il avec Cruveilhier penser que les organes de soutènement venant à faiblir, le rectum s'abaisse progressivement d'abord en bas, puis dans la suite en haut; « Le déplacement commence par la partie la plus voisine de l'anus, souvent par la membrane muqueuse toute seule qui entraîne bientôt toute l'épaisseur de l'intestin; puis si les causes de déplacement, conti-

nuent à se produire la zone inférieure attire la zone qui est au-dessus et successivement. Le mouvement de descente s'accroissant, le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal ou vagino-rectal est entraîné à son tour et ainsi se constitue finalement à la partie antérieure du prolapsus, un sac où peuvent pénétrer d'autres viscères, en général une anse grêle plus rarement un ovaire ou la vessie : c'est l'hédrocèle ».

Aussi, c'est dans la faiblesse du périnée que remonte l'origine du mouvement de descente qui s'accroissant progressivement réalise les divers variétés de prolapsus.

En réalité nous avons eu l'occasion de montrer que :

1° Le prolapsus est fréquent chez l'homme où le périnée est toujours intact.

2° Chez la femme où l'effondrement périnéal est si fréquent, le prolapsus rectal est aussi rare que le prolapsus génital est fréquent, et d'ailleurs en limitant notre sujet au prolapsus total nous sommes conduit vers une autre solution du problème pathogénique.

d) Théorie de l'insuffisance des moyens de suspension de l'intestin.

Enoncée pour la première fois par Verneuil, reprise par Jeannel, elle a rallié Quénu et Duval qui en ont fait découler leur procédé.

Le moyen de fixité essentiel du rectum, c'est la suspension par le méso-colon dit Verneuil. « Ce qui

le prouve c'est que le sphincter peut-être largement divisé après la rectotomie, les déchirures du péri-née, et certaines opérations de fistules, supprimé même par l'ablation du cancer rectal sans que le prolapsus se produise nécessairement, tandis que en cas de destruction de ses attaches supérieurs l'intégrité du sphincter n'empêche pas le rectum de s'échapper, dans l'acte de défécation comme un simple bol fécal : le rectum est un prisonnier en-fermé dans une cellule (le bassin) dont l'anus est la porte, et de plus enchaîné par le méso-rectum : si sa chaîne est courte la porte peut rester toujours ouverte, il ne pourra pas s'échapper : Mais que la chaîne vienne à s'allonger où à se rompre, le prisonnier sortira dès que la porte s'ouvrira, et, elle s'ouvre à chaque défécation ».

Et de même Jeannel : « Le méso-colon pelvien, le péritoine qui recouvre le rectum, bien plutôt que les vaisseaux et les nerfs du colon et du rectum, car ces organes ne sauraient tolérer la tension sans en souffrir, constituent les liens de suspension qui attachent l'extrémité inférieure du gros intestin dans le petit bassin... la condition sine qu'à non du prolapsus, fût il au premier degré, c'est la distension où le glissement du méso permettant le déroulement de l'S iliaque... Dans les prolapsus au deuxième degré complet, il n'existe plus d'S iliaque : une sonde œsophagienne introduite par l'orifice intestinal se dirige à gauche, tout droit vers l'articulation sacro-iliaque, dans le colon descendant »,

Reste la question de rétroversion utérine que

nombre d'auteurs veulent voir comme associée au prolapsus rectal et dont Jeannel a précisé la vraie cause. « Entre les deux, dit-il, il y a une relation de cause à effet méconnue par la majorité des auteurs. Je soutiens au nom de l'anatomie que chez la femme le prolapsus de la matrice et la rétro-version sont forcés, lorsqu'il existe une invagination du rectum, et, je le prouve par la clinique. Je le soutiens au nom de l'anatomie parce que les ligaments utéro-sacrés suspenseurs de l'utérus s'insèrent sur le rectum et son méso, et que par conséquent, lorsque le rectum tombe, l'utérus doit tomber ; je le prouve par la clinique parce que chez deux femmes atteintes des deux prolapsus, il m'a suffi de réduire et de maintenir réduit le prolapsus rectal pour réduire et maintenir réduit le prolapsus utérin et la rétro-version sans avoir à pratiquer la moindre hystéropérie, ni à placer le moindre pessaire ».

Il résulte de cette longue incursion dans le domaine de la pathogénie, que ce que l'on est convenu d'appeler le « prolapsus rectal total (coli-invaginati des anciens auteurs, c'est-à-dire non compliqué, non associé à un prolapsus génital, d'accompagnement de glissement de l'anse sigmoïde à son origine dans un relâchement dans ses moyens de suspension relâchement que caractérise rappelons le

1° Une longueur et une mobilité anormale du colon sigmoïdien dues à un défaut d'accolement.

2° Une profondeur inusitée du cul-de-sac de Douglas.

3° Une rétroversion utérine, avec laxité du ligament large.

C'est donc vers la restitution à ces organes de leurs dimensions et de leur situation normales qu'il doit tendre tout procédé opératoire logique.

Jeannel s'y est efforcé en suspendant le colon trop large et trop mobile à la paroi ; rappelons sommairement sa technique.

« L'incision de la paroi abdominale dans la fosse iliaque gauche, longue de 10 à 12 centimètres est faite plus près de l'arcade crurale que l'incision de Littre : on va à la recherche de l'S iliaque que l'on reconnaît à ses caractères ordinaires, on l'attire au dehors en la déroulant et on atteint sa partie terminale sur laquelle on exécute les tractions nécessaires à la réduction du prolapsus. Celui-ci réduit la partie inférieure de l'anse se trouve au niveau de l'incision : c'est elle que fixe aux bords de la plaie et aux régions voisines après avoir réintégré dans le ventre la partie supérieure de l'anse herniée.

Avec une aiguille courbe, on passe un gros fil de soie n° 3 ou 4 à travers les couches musculaires de l'intestin sur son bord mésentérique, sans intéresser la muqueuse : on charge en même temps le mésentère sur une étendue de deux centimètres environ et perpendiculaire à l'axe de l'intestin, on fixe ensuite les parties saisies dans l'anse du fil soit à l'apénovrosé du muscle iliaque, soit à l'arcade crurale qu'on va accrocher au moyen de la même aiguille avant de la ramener sur le bord inférieur de la plaie que l'on accroche également. Ce point doit être large

comprendre beaucoup de tissus et pas de vaisseaux : on noue les deux bouts du fil.

Trois sutures semblables et distantes d'au moins trois centimètres sont faites en intéressant l'intestin et le mésentère dans leur segment découvert par l'incision,

Surjet au catgut sur le péritoine : surjet musculo-aponévrotique, crins sur la peau ».

Disons tout de suite que les résultats n'ont pas toujours été ce que la logique de l'intervention aurait voulu qu'ils soient.

C'est que comme Quénu et Duval le font remarquer « ces mauvais résultats tiennent à une mauvaise technique opératoire car la colopexie souffre non d'une mauvaise conception théorique, mais d'une mauvaise application pratique »,

« Rattacher à un point quelconque de la paroi abdominale antérieure ou postérieure une anse colique longue flottante et sur la face antérieure de laquelle, dans le fond du Douglas se repérense à tous moments la poussée abdominale c'est courir à la récursive.

Fermeture du cul-de-sac de Douglas, application de l'anse pelvienne aux organes pelviens en ligne directe jusqu'au détroit supérieur, la fixation du méso-colon et du colon lui-même au tendon du petit psoas, plan très résistant, puis en avant dans la fosse iliaque avec suture pariétale de l'anse colique trop longue : tels sont les temps essentiels de cette colopexie rationnelle. Ainsi la presse abdominale trouvera devant elle un plancher pelvien sans diver-

ticule déclive, une anse intestinale fixée sur toute sa longueur et rattachée aux plans profonds de la fosse iliaque ».

Toujours en se rapportant aux données pathogéniques il est possible de rendre encore plus sûre, cette colopexie : dans ses 2/3 environ elle se fait à la face postérieure du ligament large, et nous avons vu tout ce qu'avait de mobile ce dernier organe dans un pelvis où l'évolution morphogénique arrêtée a laissé aux formations des dimensions inusitées : c'est un véritable volet à charnière périnéale et à battant mobile, dans lequel se perd un utérus sénile rata-tiné, quiconque a essayé de fixer à ce ligament large un colon volumineux et ptosé a eu la sensation « d'accrocher un tableau à une tenture et non à un mur. »

On comprendra dès lors, pourquoi une hystéropexie d'autant plus efficace qu'elle est plus serrée — le prolapsus rectal s'observant la plupart du temps chez des femmes âgées, ayant passé la ménopause, on ne craindra pas la gêne apportée à une grossesse ultérieure en luttant contre la rétroversion utérine, — en fournissant à la colopexie un appui indirecte, mais d'une rare solidité, constitue un complément indispensable à l'opération de Quénu et Duval.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE L'HYSTEROPEXIE COMBINEE A LA COLOPEXIE LIGAMENTAIRE

Justifiée par les considérations pathogéniques et cliniques précédentes, l'opération de Quénu et Duval modifiée doit être comprise et menée de la façon suivante :

I) *Soins pré-opératoires.*

En plus de l'examen complet de la malade, qui doit être de règle, avant toute intervention abdominale sérieuse, de façon à apprécier sa valeur organique, et à dépister des contre indications sérieuses (polyscléroses à prédominance myocardique, avec arythmie spontanée, ou provoquée, femme ptotique, à tissus peu résistant, atteintes de varices, etc...), Les soins pré-opératoires dont Okinczyc a montré toute l'importance dans la chirurgie du colon seront l'objet d'un soin minutieux ; nous insistons tout particulièrement sur la nécessité d'obtenir par des lavements évacuateurs combinés à des purgatifs huileux légers, la vacuité absolue du gros

intestin ; sa mobilisation et sa fixation ne peuvent être satisfaisantes qu'à cette condition.

II) *Technique proprement dite.*

A) CHOIX DE L'ANESTHESIE.

Il n'est pas douteux que chez des femmes relativement jeunes, à système cardio-pulmonaire intact, on pourra sans aucun inconvénient recourir à l'éthérisation ; par contre chez toutes celles qui ont passé la cinquantaine — c'est ordinairement le cas — la rachistovainisation, par sa béginité, indiscutable chez le vieillard, le silence abdominal complet qu'elle procure paraît devoir être le mode d'anesthésie à employer ; disons encore que la brièveté de l'intervention fait qu'on pourra se contenter de doses anesthésiques minimales (0 gr. 07 centigrammes, ou 0 gr. 08 centigrammes de Sclérocaïne) seront le plus souvent suffisants).

B) INTERVENTION.

Elle comprend, une série de temps, dont l'exécution ne saurait, comme dans toute chirurgie de reconstitution être assez minutieuse, aussi les décrivons nous avec détails.

A) INCISION.

En faisant son incision le chirurgien doit penser d'abord au jour qu'elle lui donnera, ensuite à la suture qu'il sera obligé d'en faire et de laquelle il a droit d'espérer une cicatrice solide qui réduise au minimum le danger d'éventration ; or en l'espèce, l'incision sus-pubienne transversale de la peau et de l'aponévrose ou *incision de Pfannenstiel* remplit ces

deux conditions ; par le jour *latéral* qu'elle donne, elle permet l'étalement et la fixation de l'anse sigmoïde d'un côté à l'autre du pelvis ; chez ces femmes à tendance ptosique par aplasie des tissus, elle réduit dans de grosses proportions les chances d'éventration.

En ce qui concerne l'opération de Quénu et Duval modifiée, cette incision demande à être faite d'une façon un peu spéciale, aussi la décrivons-nous, alors que la recherche d'une cicatrice invisible perdue dans les poils du pubis pousse les gynécologues à la faire à un travers de doigt au-dessus du pubis, il y aura intérêt à la reporter ici, à 3 ou 4 travers de doigt, car il importe nous le verrons tout à l'heure de faire autant une *suspension* qu'une *fixation* de l'utérus ; la peau est donc à ce niveau incisée franchement sur une longueur de 8 à 10 centimètres et suivant une ligne légèrement concave en haut ; l'hémostase systématique du tissu cellulaire, mettra à l'abri des suffusions sanguines, véritable amorce des suppurations, dont on a fait l'objection principale au Pfannenstiel ; l'aponévrose est incisée transversalement au ras de la lèvre inférieure de la plaie en ayant bien soin d'aller d'emblée jusqu'au muscle, et en évitant de séparer les uns des autres les divers feuillets aponévrotiques ; lèvre supérieure et lèvre inférieure de l'incision aponévrotique sont alors saisies avec une pince de museux et tirées en haut ; cette manœuvre tend la ligne blanche qu'on sectionne aux ciseaux, sans entamer la couche musculaire, dès lors, la séparation de l'aponévrose de son

muscle doit se faire uniquement au tampon : quelques artérioles saignant d'ordinaire, et seront ligaturées. l'aponévrose étant ainsi relevée, les muscles pyramidaux et grands droits sont séparés sur la ligne médiane, et le péritoine est incisé longitudinalement comme dans l'incision verticale.

b) Obligation du cul-de-sac de Douglas.

La masse des anses intestinales refoulées dans l'étage supérieur et par la position de Trendelenburg, et par un champ opératoire étalée en éventail, on amarré l'utérus avec un hystérolabe, une traction solide l'extériorisé facilement, amenant ainsi sous les yeux le cul-de-sac de Douglas qu'il s'agit d'oblitérer : On commence par passer près du fond un fil en bourse qui accole la face postérieure du vagin à la face antérieure du rectum et solidarise en même temps avec ces deux faces les parois latérales du cul-de-sac de Douglas. Ce premier fil est noué, au-dessus de ce premier fil un second formant une anse concentrique, mais plus large, est placé d'une façon analogue, il est noué à son tour, au-dessus de lui on en place un nouveau qui cette fois applique la face postérieure de l'utérus contre la face antérieure du rectum ; on place ainsi en général 4 points, mais on se guide pour leur nombre sur la profondeur du cul-de-sac de Douglas, étant donné qu'ils doivent être distants l'un de l'autre d'environ 2 centimètres, et que par leur superposition ils doivent occuper l'espace qui s'étend depuis le fond du Douglas jusqu'à l'insertion des ligaments utéro-sacrés.

c) Colopexie.

Le champ opératoire refoulant intestin grêle et colon sigmoïde est enlevé : on abaisse dans le pelvis tout ce qui « peut descendre » de gros intestin, un champ est à nouveau mis en place, continuant à maintenir le reste de la masse intestinale, il sera facile alors de procéder à la colopexie proprement dite : le colon pelvien étalé en largeur est d'abord suturé, toujours avec du fil non résorbable à la base du ligament large droit à la face postérieure du dôme vaginal et finalement à la face postérieure du ligament large gauche, jusqu'au détroit supérieur, il importe que cette longue ligne de suture soit fait à points séparés, en évitant de couder l'intestin, et d'interposer des franges épiploïques qui seraient autant d'obstacles à la coalescence péritonéale.

Le colon est alors relevé à droite, le péritoine pariétal dans la fosse iliaque gauche est incisé sur le bord externe des vaisseaux iliaques, jusque près de la ligne médiane, la racine d'implantation du méso-colon pelvien est sectionnée jusqu'au fond de la fossette sigmoïde, le colon iliaque décollé sur une plus ou moins grande étendue de la fosse iliaque : le colon pelvien peut alors remonter et se plisser pour ainsi dire dans la fosse iliaque, en refoulant légèrement en dedans les vaisseaux iliaques, le tendon du petit psoas est mis à nu, la face intérieure du méso-colon pelvien, puis le colon lui-même (bord méseutérique, face antérieure bord libre) sont suturés au tendon lui-même, plan solide et résistant par des points séparés et nombreux (7 à 8) de fil très fin

mais non résorbable, les colons pelvien et iliaque trop longs se plissent dans la fosse iliaque et leur bord libre est suturé au bord du péritoine pariétal préalablement incisé.

d) Hystéropexie ligamentaire (Procédé DOLERIS-PELLANDA).

Cette colopexie faite, même d'une façon serrée et méthodique, on ne tarde pas à s'apercevoir que si on le relâche la traction avec l'hystérolabe il s'amorce déjà une descente dans le pelvis du gros intestin, et l'hystéropexie vient aussitôt à l'idée, on la réalisera de la façon suivante.

1^{er} Temps. Reconnaissance et prise des ligaments ronds.

« Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4 ou 5 centimètres de l'utérus, car auparavant leurs fibres sont éparpillées, tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre, nettement saillant sous la séreuse péritonéale et aisément appréciable ».

Ayant bien reconnu les ligaments, l'opérateur les transfixe à 3 ou 4 centimètres de la corne utérine avec un fort catgut qui est noué, et dont les chefs sont conservés.

2^e Temps. Inclusion pariétale des ligaments.

Les deux lèvres de l'incision aponévrotiques sont fortement éversées par une pince de museux, tandis que l'aide écarte avec un Farabœuf les commissures latérales, entre elles et le bord externe du muscle grand droit est insinuée une pince à pédicule, qui

d'un mouvement de pénétration brusqué, effondre le feuillet péritonéal, en évitant l'épigastrique : les chefs du fil de prise des ligaments sont pincés dans le clamp qui est retiré et ramené avec lui les ligaments ronds plicaturés, que l'on extériorise au maximum, un surjet péritonéal ferme le ventre : quelques points séparés rapprochent sur la ligne médiané, pyramidaux et grands droits, les fils qui avaient servis à amarrer les ligaments ronds sont noués ensemble, ce qui les met bout à bout dans un parallélisme parfait avec l'incision aponévrotique : il suffira de les inclure dans le surjet de réunion pour avoir réalisé une fixation pariétale très satisfaisante.

III. *Soins post-opératoires.*

La période post-opératoire de la colopexie, nécessitera un certain nombre de soins, qui sont autant de petits détails qu'il faut bien connaître, si l'on veut éviter l'insuccès.

Il est frappant en effet de constater le peu d'aptitude que possède, chez ces femmes à prolapsus rectal, les feuillets séreux à se souder, et à refaire la coalescence inachevée de l'évolution embryologique, le temps seul y arrive ; aussi devra-t-on s'efforcer d'assurer tout au moins pendant la première semaine une immobilité absolue de l'intestin ; la diète liquide, l'opium sous forme d'extrait thébaïque, la mise a demeure dès le premier jour d'une sonde rectale de gros calibre évacuant dès leur formation, les premiers gazs sont des précautions auxquelles on ne saurait manquer.

Telle est décrite dans ses plus petits détails l'opération que nous avons vu pratiquer dans les cas de prolapsus dont nous rapportons l'histoire, elle se différencie comme on le voit de la méthode classique par l'utilisation de l'incision de Pfannenstiel, qui par le jour latéral qu'elle donne facilite la fixation extrême de l'anse sigmoïdienne, et surtout par l'hystéropexie ligamentaire adaptée à cette incision, et qui d'une façon indirecte reporte la fixation au seul plan vraiment résistant, la paroi abdominale.

CHAPITRE IV

LES RESULTATS. — OBSERVATIONS

La rareté du prolapsus rectal d'une part, l'idée toute récente de compléter la colopexie par une hystéropexie ligamentaire d'autre part, fait que nous ne pouvons apporter en faveur de cette modification de technique qu'un tout petit nombre de faits, ce sont d'abord des expériences cadaveriques, c'est ensuite l'observation de cas traités et guéris.

I. *Expériences cadatériques.*

8 fois nous avons pratiqué sur le cadavre, de femmes ayant passé la ménopause, c'est-à-dire se rapprochant le plus des conditions opératoires dans lequel se trouve le chirurgien intervenant pour un prolapsus rectal essentiel, l'expérience suivante :

A. TECHNIQUE.

1^{er} Temps périnéal.

Le sujet placé dans la position de la taille vaginale, on procède à une extirpation périnéale du rectum, mais inachevée.

1° Fermeture du rectum.

Un fil est faufile dans la peau tout autour de l'anus, puis noué, de façon à le fermer en bourse, les deux chefs ne sont pas coupés mais conservés pour servir à tirer sur le rectum.

2° Incision de la peau.

Au niveau de l'anus on pratique une incision elliptique circonscrivant l'orifice anal en passant de chaque côté à 2 centimètres en dehors de lui ; en arrière sur le sommet de l'incision on en branche une autre longitudinale suivant le sillon interfessier, jusqu'au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Après incision de la peau, on incise profondément de chaque côté la graisse des fosses ischio-rectales jusqu'à ce qu'on aperçoive les fibres rougeâtres obliques en bas et en dedans des deux releveurs de l'anus.

3° Dénudation de la face postérieure du rectum.

Se portant en arrière au niveau du coccyx on incise aux ciseaux les tissus qui viennent s'insérer au sommet et sur les parties latérales de cet os, puis on isole sa face antérieure et d'un coup de forts ciseaux on resèque le coccyx en le sectionnant au niveau de son articulation avec le sacrum. on introduit alors la main dans la concavité sacrée et avec elle on rugine en quelque sorte la face antérieure du sacrum en décollant tout ce qui se trouve en avant d'elle, c'est-à-dire le rectum, sa gaine fibreuse, et les vaisseaux sanguins qui lui arrivent.

1° Dénudation de la face antérieure.

Une incision de périnéorrhaphie permettra de reconnaître et de sectionner facilement l'entrecroisement des muscles superficiels du périnée ; puis en tirant sur l'anus amarré par les fils de la ligature en bourse, on fait saillir les bords internes des releveurs et entre eux on met à nu le muscle recto-pulvaire qu'on sectionnera au ras de la paroi vaginale postérieure, on ouvre ainsi un espace décollable recto-vaginal analogue à l'espace recto-prostatique et la face antérieure du rectum se décolle avec la plus grande facilité de la face postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas que l'on respecte.

5° Libération du rectum.

Pour permettre au rectum de s'abaisser on coupe successivement au fur et à mesure qu'elles se tendent toutes les brides qui l'empêchent de descendre ; on coupe tout d'abord les releveurs, pour cela introduisant un doigt au niveau du bord postérieur ou supérieur des releveurs, un autre doigt au niveau de leur bord antérieur ou inférieur, on décolle la face supérieure des releveurs, de façon à passer les doigts entre elle et la paroi latérale du rectum. On sectionne alors successivement chacun des deux muscles aux ciseaux, à 2-3 centimètres du rectum.

Les releveurs sectionnés, le rectum commence un peu à s'abaisser, pour obtenir plus il faut couper les vaisseaux hémorroïdaux moyens, pour cela plaçant un doigt en avant et un autre en arrière du rectum, on pince en les rapprochant tout ce qui arrive au

rectum sur les parties latérales, c'est-à-dire des vaisseaux, que l'on sectionne.

Ainsi, dans ce temps périnéal, en combinant les premières étapes du Lis franc, et de la perinco-naphie, on arrive à libérer complètement le rectum qui ne tient plus que par sa continuité avec le colon pelvien, ses adhérences au péritoine et à l'utérus (ligaments utéro-sacrés).

b) Temps abdominal.

Le sujet est mis en position horizontale ; on procède à l'opération de Quénu et Duval modifiée, telle que nous l'avons décrite dans le chapitre précédent, mais en rendant par l'artifice suivant l'*hystéropexie facultative* : le cul-de-sac de Douglas, oblitéré, l'anse sigmoïde étalée et fixée, les ligaments ronds sont attirés à l'extérieur, plicaturés et amarés provisoirement à la paroi par une pince de Kocher à demeure ; l'incision de Pfannenstiel est fermée, sauf au niveau de la pince.

c) Temps abdomino-périnéal.

Ceci fait, on revient au perincé et on essaie d'abaisser comparativement le rectum, l'hystéropexie agissante (pince de Kocher à demeure), la colopexie s'y opposant seule (pince de Kocher enlevée).

B. RÉSULTATS.

La limite d'abaissement du rectum repérée par un point fixe, le coccyx, est augmentée d'un travers

de main et demi, dès que par l'ablation de la pince on cesse de faire l'hystéropexie.

II. — *Observations cliniques.*

La rareté du prolapsus rectal, veut qu'il n'a été donné que deux fois à notre maître le docteur Patel, l'occasion de mettre en pratique cette modification de technique ; le résultat a été si parfait et si durable, qu'on peut vraiment parler de cure « radicale » de cette affection. Voici rapportées dans leur détails, ces deux observations.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Docteur PATEL)

Prolapsus rectal total. Hystéropexie combinée à une colopexie ligamentaire. Guérison.

J. H..., 73 ans, guimpier, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse pour un prolapsus rectal.

A. H.). — Père et mère morts âgés, d'affection inconnue ; deux frères bien portants ; une sœur morte de suites de couches.

A. P.). — A toujours eu une excellente santé ; réglée à 12 ans et toujours régulièrement ; mariée à 23 ans ; a eu deux enfants vivants et en bonne santé.

Affection actuelle remonterait, à ses dires, à deux ans où à l'occasion d'un effort brusque elle sentit « son fondement tomber » ; depuis à chaque défécation se produit un prolapsus du rectum que la malade réduit elle-même ; ni épreintes, ni ténesme, ni selles sanguinolentes traduisant de la rectite.

A l'examen, malade d'aspect chétif, s'essouffant facilement, et accusants des vertiges et des éblouissements.

Du côté rectal, volumineux prolapsus total, non sphacelé qui se laisse facilement réduire, mais se reproduit avec la même aisance.

Du côté général, aortite et sclérose cardio-rénale très marquée.

Devant l'âge du sujet, son état général, le Docteur Patel renonce

à une intervention sérieuse et se contente de lui faire sous chlorure d'éthyle : (un cerclage à la Thiersch).

Au bout de six jours, le prolapsus se reproduit et la malade prévient la sœur cheftaine de sa résolution d'en finir avec son infirmité et menace de se jeter par la fenêtre.

Devant cet « ultimatum » on se décide à une intervention abdominale.

8 juin 1920. — Rachistorainisation. 9 centig. de S. O. R. Incision de Pfsanneustrel. Oblitération du cul-de-sac de Douglas. L'anse sigmoïde démesurément longue, et d'abord fixée au tendon du petitsoas, puis étalée en éventail et suturée à la* face postérieure du ligament large : une hystéropéris à la Doleris-Pellandà, très serrée termine l'intervention.

Suites opératoires normales : la malade quitte le service le quinzième jour, son prolapsus ne s'étant pas reproduit.

Revue six mois après à la consultation elle n'accuse aucun symptôme rectal, et dans les efforts de défécation, l'anus n'a aucune tendance au prolapsus.

OBSERVATION II

Volumineux prolapsus rectal, traité et guéri par la colopéris ligamentaire complétée par une hystéropexie.

H. V..., 46 ans, ménagère, se présente à la consultation pour un prolapsus rectal.

A. H.). — Père mort de tuberculose pulmonaire ; mère encore vivante ; deux frères vivants ; une sœur atteinte de paralysie infantile.

A. P.). — Coqueluche à six ans ; rougeole à onze ans ; réglée à 13 ans régulièrement ; leucocytée abondante ; mariée à dix-neuf ans ; première grossesse à 23 ans ; accouchement normal sans intervention ni déchirure périnéale ; ne pratique pas le coït anal.

Il y a un an, à la suite d'un ictère infectieux suivi d'une constipation opiniâtre, elle a vu à chaque défécation se produire un léger prolapsus muqueux se réduisant d'ailleurs spontanément et qu'elle prenait pour des hémorroïdes, ce prolapsus n'a fait qu'augmenter depuis et actuellement « c'est tout son fondement » qui « s'échappe ».

A l'examen, malade d'aspect général excellent chez laquelle l'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Examinée dans la position de la taille vaginale, on voit au moment des efforts de défécation, s'esquisser un début de déroulement de la paroi rectale qui ne tarde pas à extérioriser une portion du rectum grosse comme le poing.

14 août 1919. A. G. — Laparatomie, par incision de Pfannenstiel ; oblitération du cul-de-sac de Douglas, par un double surjet en bourse ; fixation de l'ansesigmoïde au tendon du petit psoas et au ligament large ; on termine par la fixation ligamentaire de l'utérus très retro-versé.

Sortie au bout de trois semaines, plaie cicatrisée, le prolapsus rectal ne se produisant plus.

Revue à deux reprises différentes (trois et sept mois) ; pas de récurrence.

CONCLUSIONS

1° Dans la thérapeutique chirurgicale, des prolapsus rectaux, caractérisés par la chute totale du rectum et du gros intestin, les interventions abdominales sont celles qui permettent le mieux de se rendre compte des lésions, et d'instituer un traitement pathogénique.

2° La Colopéxie en est le type principal.

3° A la Colopéxie pariétale de Jeannel, Quénu et Duval ont substitué chez la femme, la colopéxie ligamentaire qui rétablit la forme de l'S iliaque et en assure le maintien sur une large étendue.

4° L'Hystéropexie complémentaire paraît assurer une fixité encore plus grande : elle se pratique à l'aide d'une incision de Pfannenstiel ; l'S iliaque étant fixée à la face postérieure de l'appareil ligamentaire et le cul de sac de Douglas étant comblé, l'utérus est lui-même appliqué contre la paroi, suivant le procédé de Doléris-Pellanda.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LEPINE. °

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 24 juin 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous ne rapportons ici que les ouvrages et articles postérieurs à 1902 ; pour toute la bibliographie antérieure nous renvoyons à la thèse de Lenormant).

DOLÉRIS. — « *Raccourcissement des ligaments ronds ; modification du manuel opératoire consistant dans la réunion et la suture des extrémités des ligaments* ». (Nouvelles Archives de Gynécologie et Obstétrique, 1889, 491-54).

WENGER. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* Vol, 76, 1905.

LE DENTU. — « *Prolapsus du Rectum traité successivement par la colopexie, la rectopexie, et l'excision combinée avec la périnéorrhaphie. Guérison* ». (Bull. et M. Société de Ch. de Paris, 18 janvier 1905).

OTT. — « *Prolapsus du rectum datant de quatre ans et guéri par la colopexie* ». (Revue Médicale de Normandie, 10 octobre 1906, n° 19).

LENORMANT. — *La colopexie*. (Ret. de Chirurgie, 1907, p. 191).

ROUSSEAU. — *Du traitement de certains prolapsus utérin par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas*. (Th. de Paris, 1908).

MARION. — *Revue de Gynécologie*, 1909, p. 152.

GUERIN et DUTAT. .. *Revue de Chirurgie*, 1910, p. 135.

DELORME, LEGUEU. — *Traitement des grands prolapsus du rectum*. (Bull. et Mém. de Société de Chirurgie de Paris, 1912, p. 435).

GIACARDY. — *Fixation intra-pariétale des ligaments ronds*. (Procédé Doleris). Th., Lyon, 1912.

GROSS. — *Sur le traitement des prolapsus rectaux*. (Bul. et Mém. de la Société de Ch. de Paris, 1913, p. 641).

PATEL. — *Congrès de Chirurgie*, 1920.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	10
CHAPITRE I. — Exposé et critique des méthodes de traitement	14
A) Méthodes curatives	14
A) Méthodes palliatives	19
C) Procédés plastiques	20
1) Procédés visant à la reconstitution du plancher pelvien	21
2) Procédés visant à la reconstitution des organes de soutien	24
CHAPITRE II. — Pathogénie et déductions opératoires.....	30
A) Moyens de fixité du rectum	31
B) Lésions anatomiques du prolapsus	34
1) Données d'autopsies	35
2.) Constatations opératoires	37
C) Théorie qui considère le prolapsus comme se dévelop- pant de bas en haut	39
D) Théorie de l'insuffisance des moyens de suspension de l'intestin	40
CHAPITRE III. — Technique de l'hystéropexie combinée à la colopexie ligamentaire	46
1.) Soins pré-opératoires	46
2.) Technique proprement dite	47
CHAPITRE IV. — Ses résultats. Observations	54
I) Expériences cadavériques	54
II) Observations cliniques	58
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	62

